

Ефективність внутрішнього застосування фасованої маломінералізованої гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-кальцієво-магнієвої мінеральної води у хворих на хронічний атрофічний гастрит

Н.В. Драгомирецька, Г.М. Іжа, Д.Л. Бабенко

ДУ «Український науково дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» (Одеса),

Клінічний санаторій «Аркадія» Державної прикордонної служби України (Одеса)

У сучасній гастроентерології існує ряд невирішених питань щодо терапевтичної тактики при хронічному гастриті з секреторною недостатністю, у тому числі при хронічному атрофічному гастриті (ХАГ). Це пов'язане, по-перше, з невеликим арсеналом препаратів щодо лікування даного захворювання, а по-друге, лікування хронічного атрофічного гастриту має бути тривалим. По-третє, у частини хворих на ХАГ зі зниженою кислотністю у зв'язку з тривалим перебігом захворювання спостерігається недостатність ефекту від терапевтичних заходів. Все це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення терапії ХАГ та пошуку нових підходів до лікування цієї патології. Відомо, що стандартна антихелікобактерна терапія тільки у частини хворих і тільки через 1–2 року призводить до оновлення слизової оболонки шлунка (СОШ) і зовсім не впливає на кислотоутворюючу функцію шлунка [1, 2].

У зв'язку з цим велике значення при хронічному гастриті зі зниженою секреторною функцією, в тому числі атрофічному, набувають природні та преформовані фізичні чинники. Вирішальним фактором саногенезу у хворих на гастрит зі зниженою секрецією, в тому числі ХАГ, є збільшення секреторної і кислотоутворюючої функцій шлунка, тому що тільки в умовах

нормального функціонування парієтальної клітини можливе відновлення процесів клітинного оновлення в слизовій оболонці шлунка (СОШ). Природні та преформовані фізичні фактори мають можливість стимулювати секреторну та кислотоутворюючу функції шлунка, сприяючи тим самим відновленню основних функцій і часто роз'єднаних у хворих на ХАГ рефлекторних зв'язків між різними органами системи травлення – шлунком, гепатобіліарною системою, підшлунковою залозою, кишечником. При стимуляції секреції і кислотоутворення поліпшується шлункове і кишкове травлення, стимулюється виділення кишкових і панкреатичних ферментів [2].

Питний прийом мінеральної води (МВ) благодійно впливає не тільки на функції, але й на морфологію гастродуоденальної слизової оболонки - стимулює процеси репарації та регенерації в ній, позитивно впливає на метаболічні процеси в СОШ. Згідно з літературними даними, стимулюють кислотоутворюючу функцію шлунка МВ хлоридно-натрієвого, гідрокарбонатно-хлоридно-натрієвого, сульфатно-натрієво-кальцієвого складу [3, 4, 5, 6].

З метою збільшення можливостей терапевтичного лікування ХАГ нами було проведено дослідження ефективності внутрішнього застосування маломінералізованої гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-кальцієво-магнієвої МВ у хворих на ХАГ.

Матеріали і методи дослідження.

На базі клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України та у клініці гастроентерології ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології» МОЗ України проведено дослідження 39 пацієнтів у віці 35–65 років (середній вік становив $(50,34 \pm 10,6)$ років), у яких було діагностовано хронічний атрофічний гастрит. Давність захворювання складала від 3 до 5 років. Серед хворих було 17 чоловіків та 22 жінок. Усім пацієнтам було проведено обстеження у динаміці (включало в себе збір анамнезу, клінічний огляд, результати загально-клінічних та біохімічних досліджень, загальноклінічний аналіз крові та сечі, білірубін, АЛТ, АСТ, амілаза, тимолова проба), рівень гастрину-17 у крові проводили за допомогою тестової панелі «GastroPanel» (Biohit, Фінляндія), засноване на сендвіч-методі ІФА; інструментальних

методів дослідження: езофагогастродуоденофіброскопія (ЕГДФС), комп'ютерна внутрішньошлункова рН-метрія (за методом В.М. Чорнобрового).

Усі хворі було рандомізовано розподілено на 2 групи. Пацієнти основної (24 особи) та контрольної груп (15 осіб) отримували антихелікобактерну терапію, а саме - ІПП 20 мг 2 рази на добу + амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу + кларітроміцин 500 мг 2 рази на добу. Хворим основної групи після проведення курсу антихелікобактерної терапії додатково призначали внутрішнє застосування фасованої маломінералізованої гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-кальцієво-магнієвої мінеральної води (МВ «Нафтуса»). Вода приймалась в залежності від стану кислотоутворюючої функції шлунка по 200 мл 3 рази на добу до їжі. Курс відновлювального лікування становив 21 день.

Результати дослідження та їх обговорення.

Перед початком лікування при опитуванні пацієнтів домінували скарги, які характеризують диспепсичний синдром. Так, найбільш характерними для пацієнтів були скарги на метеоризм та здуття животу (91,7%), відриг повітрям чи їжею (70,8%), гіркоту у роті (50,0%), значно рідше хворі свідчили про наявність сухості у роті (29,1%), зниженого апетиту – (20,8% хворих). Серед проявів больового синдрому найбільш характерними більш чим у половини хворих були скарги на важкість у шлунку після їжі, біль у правому підребер'ї (50,0 % хворих), біль у лівому підребер'ї (8,3% хворих). Порушення моторно-евакуаторної функції кишечника проявлялося наявністю закріпів у (16,7% хворих) та схильністю до проносів у (20,8% хворих). Скарги, що характеризують астеничний синдром (загальна слабкість, сонливість), були нечастими та непокоїли всього (8,3% хворих).

При об'єктивному обстеженні найчастіше у переважній кількості спостережень, виявлялася обкладеність язика (79,2% хворих), болісність при пальпації пілородуоденальної зони (50,0% хворих). Декілька рідше визначалася болісність у правому підребер'ї (20,8% хворих) та позитивний симптом Ортнера – (29,2% хворих). Про пальпаторну болісність відділів товстої кишки свідчило 1/5 оглянутих осіб, причому найчастіше болісність визначалася при пальпації сліпої кишки (20,8% осіб).

Проведене лікування сприяло тому, що прояви диспепсичного синдрому у вигляді нудоти, метеоризму, сухості у роті зникли в усіх обстежених хворих основної групи; почуття важкості у шлунку після їжі, гіркота у роті залишилися лише у 4,1% пацієнтів основної групи ($p < 0,003$). Що стосується проявів больового синдрому, то після лікування хворих основної групи відмічали повну відсутність скарг на важкість у шлунку після їжі, болю у правому та лівому підребер'ях.

Проведене лікування сприяло зникненню чи зменшенню суб'єктивних ознак захворювання у більшості пацієнтів основної групи. Також відмічена нормалізація випорожнень кишечника у 12 хворих. На відміну від основної групи у хворих контрольної групи навіть збільшилось число хворих з проносами.

При аналізі результатів ЕГДФС в хворих основної групи тільки у 9 пацієнтів діагноз атрофічного гастриту був виставлений ендоскопістом, в інших випадках при ендоскопії спостерігалось лише запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони (ГДЗ) різної локалізації та виразності, порушення моторно-евакуаторної функції ГДЗ у вигляді гастроєзофагеального рефлюксу (37,5% хворих) та недостатності кардії (20,8% хворих). В 5 хворих було визначено катаральний езофагіт.

Вельми суттєво, що запально-дистрофічні ураження гастродуоденальної зони тільки у ((91,67±5,64)%) випадків були асоційовані з хелікобактеріозом різного ступеню.

Згідно результатам ендоскопічного дослідження, проведене лікування із застосуванням МВ характеризувалося позитивною динамікою стану ГДЗ щодо її функціональних та органічних показників. При цьому відмічено відсутність явищ езофагіту, відсутність недостатності кардії, гастроєзофагеального рефлюксу у всіх (100%) хворих. Ліквідація запального процесу у СОШ та ДПК спостерігалася наприкінці лікування майже у третини пацієнтів основної групи, в інших випадках спостерігалось чи їх значне зменшення до поверхневого запалення, чи тільки наявність поверхневого бульбіту у 50,0% хворих основної групи. Слід відмітити, що під впливом тільки стандартної терапії у 2 (13,3%) хворих контрольної групи спостерігали зникнення недостатності розетки кардії, дуоденогастрального рефлюксу, ознак запального

процесу у ДПК. Однак явища атрофії у вигляді осередкових чи дифузних змін СОШ залишалися.

Порівняльний аналіз свідчить, що протягом лікування із застосуванням досліджуваної МВ у хворих основної групи відбувалася вірогідна стимуляція кислотоутворюючої функції шлунка, перш за все, у хворих з вираженою тотальною гіпоацидністю, а також у хворих з гіпоацидністю помірною. У хворих з нормоацидним станом кислотоутворюючої функції шлунка ніяких змін під впливом МВ не відбувалось. Слід відмітити, що під впливом тільки стандартної терапії (контрольна група) достовірних змін кислотоутворюючої функції шлунка не сталося ($p > 0,05$).

Рівень гастрину-17 у хворих основної групи у переважній більшості хворих (79,2%) був більшим за норму та в середньому складав ($32,00 \pm 3,10$) пмоль/л, що свідчить про наявність процесів атрофії у СО тіла шлунка. Втім, у 3 (12,5%) хворих середній рівень гастрину-17 становив ($1,68 \pm 0,36$) пмоль/л, тобто був низьким проти нормальних значень, а ще в трьох хворих (12,5%) рівень гастрину не виходив за мережі нормальних значень. Слід відмітити, що найбільш значні морфологічні зміни СОШ у вигляді метаплазії та дисплазії спостерігалися в хворих з високим рівнем гастрину-17, наявністю НР та вираженою тотальною гіпоацидністю, що було характерним для ураження тіла шлунка.

Наприкінці лікування в пацієнтів з вихідними підвищеними показниками спостерігалось зниження рівня гастрину-17 крові, середній показник складав – ($14,73 \pm 3,23$) ммоль/л, але вірогідних змін при цьому досягнуто не було ($p < 0,05$). У пацієнтів з нормальними та зниженими значеннями гастрину-17 наприкінці лікування цей показник продовжував залишатися у первісних межах.

Вивчення функціонального стану печінки в хворих на ХАГ на початку лікування виявило незначне підвищення рівню білірубину, холестерину та амілази сироватки крові в одній третині пацієнтів. Після лікування відмічена вірогідна нормалізація рівня білірубину, холестерину, амілази крові в усіх хворих основної групи, які мали первинне підвищення цих показників ($p < 0,05$). Слід відмітити, що стандартне лікування у хворих контрольної групи не сприяло нормалізації вказаних показників.

При аналізі результатів лікування одержані наступні дані: з оцінкою «значне поліпшення» закінчили лікування 16,7% хворих основної групи, «поліпшення» – 70,8% хворих, «без змін» – 12,5% осіб. Сумарний позитивний терапевтичний ефект у хворих основної групи склав (87,5%), а у пацієнтів контрольної групи – 73,3%. Отримані результати вказують на ефективність курсового прийому мінеральної води у хворих на хронічний атрофічний гастрит, одержана позитивна динаміка реалізується за рахунок протизапального впливу на стан шлунково-кишкового тракту.

Висновки.

Внутрішній прийом маломінералізованої гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-кальцієво-магнієвої мінеральної води сприяє ліквідації чи значному зменшенню суб'єктивних та об'єктивних ознак захворювання, ліквідації та зменшенню запального процесу у СОШ та ДПК, незначним морфологічним змінам у СОШ, невірогідному зменшенню рівня гастрину-17, вірогідній стимуляції кислотоутворення, вірогідної нормалізації функціонального стану печінки, що дозволяє використовувати її у хворих на хронічний атрофічний гастрит після проведення курсу антихелікобактерної терапії як профілактичний та лікувальний засіб попередження розвитку атрофічних змін слизової оболонки шлунку.

1. Лікування хронічного гастриту з секреторною недостатністю / *Ю. М. Степанов, І. Я. Будзак, І. М. Кононов, С. В. Косинська* // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 2. – С. 4–7.
2. *Драгомирецька Н. В.* Рання курортна реабілітація та відновлювальне лікування в гастроентерології / *Н.В. Драгомирецька*. – Одеса, ОРІДУ НАУУ, 2007. – 176 с.
3. *Королёв Ю. Н.* Действие питьевых минеральных вод на процессы репаративной регенерации в желудке / *Ю. Н. Королёв* // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1998. – № 4. – С. 48–51.
4. *Горбунов А. Ю.* Опыт лечения больных желчнокаменной болезнью с сопутствующим хроническим гастритом сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой / *А. Ю. Горбунов* // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2010. – № 6. – С. 21–23.

5. Углекислая мышьяковистая минеральная вода Чвижепсинского месторождения и перспективы ее использования в реабилитации больных с гастродуоденальными заболеваниями на курорте Сочи: обзор / *С. Н. Мамшиев, К. А. Георгиади–Авдиенко, Л. С. Ходасевич [и др.]* // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2006. – № 3. – С. 39–41.
6. *Ищенко Н. В.* Эффективность применения хлоридно-сульфатной кальциево–натриевой минеральной воды больными хроническим гастритом с повышенным кислотообразованием / *Н. В. Ищенко, А. В. Никитин, В. А. Вериковский* // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2007. – № 6. – С. 29–30.

THE EFFECTIVENESS OF ORAL ADMINISTRATION OF PACKED MINERAL WATER «NAFTUSYA» IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS

N.V. Dragomiretskaya, A. M. Yizha, D.L. Babenko
SI “Ukrainian Scientific Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of Health Ministry of Ukraine (Odesa),
Clinical sanatorium «Arcadia» of Government boundary service of
Ukraine (Odesa)

At the stage of sanatorium treatment the 39 patients with chronic atrophic gastritis were examined in the dynamics, which was the efficacy of internal application of packaged mineral water «Naftusya» The results indicate the effectiveness of a course taking packaged mineral water «Naftusya» in patients with chronic atrophic gastritis. The resulting positive dynamics is implemented by anti-inflammatory influence on the gastrointestinal tract. Internal mineral water «Naftusya» promoted normalization of acid in patients with chronic atrophic gastritis, i.e. depending on initial intragastric pH. Positive impact on the clinical course of chronic atrophic gastritis expressed in the disappearance and decrease severity of pain and dyspeptic syndromes, reducing the objective evidence of disease, allowing the use of mineral water «Naftusya» in patients with chronic atrophic gastritis after a course antihelicobacter therapy as prophylactic and therapeutic means of preventing the development of atrophic changes of gastric mucosa.